

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 32

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION
à
l'Étude du Traitement de la Coxarthrie
par
l'Enervation totale de la Hanche

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juin 1947

PAR

Jean TEULIÈRE

Interne des Hôpitaux de Perpignan

Né à Espira-de-l'Agly, le 21 février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. MASSABUAU, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ROUX, Professeur.		
		COLL DE CARRERA, Agrégé.		
		COURTY, Chef de Clinique à la Faculté		

PERPIGNAN

IMPRIMERIE DU MIDI, 14, RUE DE LA LOGE

1947

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE du TRAITEMENT de la COXARTHRIE
par l'ÉNERVATION TOTALE de la HANCHE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 32

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION

à

l'Étude du Traitement de la Coxarthrie

par

l'Enervation totale de la Hanche

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Juin 1947

PAR

Jean TEULIÈRE

Interne des Hôpitaux de Perpignan

Né à Espira-de-l'Agly, le 21 février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MASSABUAU, Professeur, *Président*.

ROUX, Professeur.

COLL DE CARRERA, Agrégé.

COURTY, Chef de Clinique à la Faculté

} *Assesseurs*

PERPIGNAN

IMPRIMERIE DU MIDI, 14, RUE DE LA LOGE

1947

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI, <i>assesseur.</i>
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie ..	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médéc. expériment.	BAUMEL.
Microbiologie	CARRERE.
Histoire naturelle médicale et parasitologie ..	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Techniq. opératoire et chirurgie expériment.	ROUX.
Pathologie médic. et clin. propédeutique	BOULET.
Pathologie et propédeutique chirurgicales ..	MOURGUES-MOLINES.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen.</i>
—	MASSABUAU.
Clinique chirurgicale	LAPEYRE.
—	CADERAS DE KERLEAU.
Clinique des maladies ment. et nerveuses ..	EUZIERE, <i>doy. hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. 1 ^{er} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires ...	TRUC.
Clinique gynécologique	AIMES.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-fac.	TERRACOL.

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES.
VILLARD, GRYNFELTT, RICHE, JEANBRAU.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.	
Chimie	BENEZECH, <i>ch. f. ag.</i>	Propédeutiq. méd.	P. RIMBAUD, <i>agrégé.</i>
Physiologie	LOUBATIERES, <i>agr.</i>	Clin. des m. cont.	JANBON, <i>professeur.</i>
Pharmacologie ..	HARANT, <i>professeur.</i>	Clin. de la tuber.	VIDAL, <i>professeur.</i>
Pharmac. et théor.	CHAPTAL, <i>agrégé.</i>	Pathologie chir.	LAPEYRIE, <i>agrégé.</i>
Médecine expér.	BERT, <i>agrégé.</i>	—	JOYEUX, <i>agrégé.</i>
Pathologie médic.	BOUCOMONT, <i>agrégé</i>	Chirurgie expér.	COURTY, <i>ch. f. agr.</i>
—	BERT, <i>agrégé.</i>	Manœuv. obstét.	COLL DE CARRERA, <i>agrégé libre.</i>
—	SERRE, <i>agrégé.</i>	—	—
Path. neurologiq.	LAFON, <i>agrégé.</i>	Stomatologie ...	HOUPERT, <i>d. en méd.</i>
Path. respiratoir.	BALMES, <i>agrégé.</i>		

Agrégés en exercice

MM.		MM.	
Médecine	P. RIMBAUD.	Neuro-psychiatr.	LAFON.
—	BOUCOMONT.	Physiologie	LOUBATIERES.
—	BERT.	Chimie	BENEZECH, <i>ch. fonc.</i>
—	SERRE.	Chirurgie	LAPEYRIE.
—	CHAPTAL.	—	JOYEUX.
—	BALMES.	—	COURTY, <i>ch. fonc.</i>



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

ET DE MON ONCLE

LE COMMANDANT TEULIÈRE,

A MA GRAND'MÈRE,

*que je réunis dans une même pen-
sée d'infinie reconnaissance.*

A MA FEMME

*Encouragé par son grand amour,
je peux avoir foi en l'avenir, sûr
de trouver en elle un auxiliaire
précieux et une tendre affection.*

VII

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

*Bien faible témoignage de tendresse
et de profonde gratitude, pour
tout ce que je leur dois. Leur vie
exemplaire sera toujours dans ma
pensée et restera le guide sûr de
mon existence.*

VIII

A MES BEAUX-PARENTS

Affectueux attachement.

A TOUTE MA FAMILLE

Bien affectueusement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PAYRI

*Témoignage de notre vive gratitude
et de notre amitié.*

IX

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Nous lui exprimons notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUX,

*Son enseignement si clair et si
complet restera toujours vivant
dans notre esprit.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

COLL DE CARRÉRA,

*Guide sûr et bienveillant, vous
m'avez prodigué conseils et en-
couragements.*

*Je n'oublierai jamais l'amitié dont
vous m'avez honoré et votre ac-
cueil toujours si cordial.*

*Je vous prie de vouloir bien trouver
ici l'assurance de mon affectueu-
se reconnaissance et de mon en-
tier dévouement.*

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTY,

Chef de Clinique à la Faculté.

*Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a constamment gui-
dé de ses conseils.*

*Avec tous mes remerciements pour
les marques de sympathie qu'il
n'a cessé de nous témoigner.*

XI

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JEAN.

A MONSIEUR LE SUPÉRIEUR ET A MES PROFESSEURS
DE L'INSTITUTION SAINT-LOUIS-DE-GONZAGUE.

A LA RÉVÉRENDE MÈRE SUPÉRIEURE
ET AUX SŒURS DE L'HOPITAL SAINT-JEAN.

A MES CAMARADES D'INTERNAT.

MEIS ET AMICIS.

INTRODUCTION

La loi de DUVERNAY sur la non spécificité des réactions articulaires s'applique avec beaucoup de justesse à la pathologie de la hanche.

L'arthrite déformante de la hanche, la « coxarthrie », est une des affections articulaires dont la place nosologique et l'interprétation étio-pathogénique sont le plus discutées. Si tout le monde s'entend lorsqu'on parle de « coxarthrie », personne n'est d'accord lorsqu'il faut assigner à cette entité anatomo-clinique une place précise dans les affections de la hanche, lorsqu'il faut discuter ses causes et son mécanisme de production. La riche synonymie dont elle a été l'objet est une preuve de l'imprécision de nos connaissances à son sujet.

Qualifiée d'arthrite chronique de la hanche (CRUVEILHER, 1834; ADAMS, 1839.; SMITH, 1845) et de « Morbus coxae sénilis » par les classiques, BROCA dès 1850 entrevit la nécessité d'y intégrer certains « Morbus coxae juvenilis » ; par la suite, elle est dénommée tour à tour arthrite déformante de la hanche, arthrite sèche (DEVILLE, 1846), coxarthrie (A. LERI et R. MERKLEN), coxarthrose (COSTES et FORESTIER), arthropathie dégénératrice.

Ces dernières années, un peu de clarté a été jetée sur cette affection par COSTES, FORESTIER et LACAPERÈ. Ces auteurs, qui opposent formellement par leurs caractères étiologiques, anatomiques, cliniques et thérapeutiques bien tranchés, les « arthri-

les » en général, aux « arthroses », considèrent que la « coxarthrie », qu'il vaudrait mieux appeler « coxarthrose », est une arthropathie dégénérative qui se distingue très nettement des arthrites de la hanche, spécifiques ou non. C'est ainsi, qu'à l'encontre des arthrites inflammatoires, la « coxarthrie » apparaît en général chez des sujets plus âgés, en provoquant des désordres anatomiques complexes ostéo-chondro-ligamentaires ; elle évolue d'une manière régulière sans atteinte de l'état général, sans signes hématologiques (sédimentation globulaire, Vernes, Résorcine, formule sanguine, numération globulaire sont normaux) vers l'ankylose tardive d'origine osseuse. Radiologiquement, elle se manifeste par des déformations osseuses considérables avec production d'ostéophytes.

Si cette conception de la « Coxarthie » a rallié la plupart, c'est qu'elle paraît répondre, en effet, à la grosse majorité des faits.

En réalité, P. M. WEIL l'a rappelé il y a quelques semaines à peine, aux journées du rhumatisme de Montpellier, cette opposition « arthrite-arthrose » n'est pas absolument exacte : aucun critère absolu, tant étologique que clinique et même qu'anatomique ne permet de dresser de pareilles barrières ; il existe un grand nombre de formes de passage et de formes associées. Il semble, en définitive, comme le rappelle souvent M. le professeur ETIENNE, que des causes différentes peuvent provoquer des lésions anatomiques semblables, et, d'autre part, qu'une même cause est capable d'engendrer des désordres différents.

Les divers mécanismes, qui interviennent dans ces affections articulaires, n'aboutissent-ils pas au même résultat, de modifier et de troubler la nutrition cellulaire ?

Il faut bien reconnaître néanmoins, qu'en pratique, la « coxarthrie » présente des caractéristiques propres, en général suffisamment nettes, pour en faire une affection autonome, aux frontières assez bien définies.

Dans un travail qui s'intéresse plus particulièrement à une méthode de traitement, nous ne pouvons reprendre l'étude

anatomo-clinique et étio-pathogénique de cette affection, nous voudrions cependant préciser certains points particuliers qui nous paraissent utiles pour discuter les méthodes thérapeutiques.

Parmi les FACTEURS ÉTIOLOGIQUES, certains sont importants à envisager :

1° Il y a des « Coxarthries » qui apparaissent sur des hanches antérieurement normales, il en est d'autres qui surviennent sur une articulation déjà troublée dans son fonctionnement parce que travaillant dans des conditions anatomiques anormales ; nous voulons parler ici des malformations telles que luxations et subluxations congénitales réduites ou non, Coxa Vara, Coxa Valga, Ostéochondrite déformante (maladie de LEGG, CALVE, PERTHES, WALDENSTROM), Ostéochondrite disséquante (maladie de KÖENIG), etc... Dans ces « coxarthries » en quelque sorte « secondaires », des indications opératoires sont tout à fait particulières ;

2° Les « Coxarthries » sont dans l'immense majorité des cas des affections atteignant les sujets âgés, artérioscléreux, surtout les femmes, et plus spécialement les femmes douées d'un certain embonpoint. Il est facile de comprendre, dans ces conditions, que certaines opérations intra-articulaires graves ne seront pas d'indication courante.

DU POINT DE VUE CLINIQUE, il faut opposer les formes douloureuses les plus fréquentes dans lesquelles l'importance des phénomènes douloureux prime toute autre manifestation, aux formes où une gêne fonctionnelle considérable est apportée par la suppression plus ou moins complète des mouvements normaux de l'articulation ; la disparition des mouvements d'extension est la plus précoce, elle passe le plus souvent inaperçue des malades eux-mêmes ; par contre, la limitation de l'abduction et de la flexion attire rapidement leur attention, elle peut arriver à la suppression totale de tous mouvements articulaires.

ANATOMIQUEMENT, cet état correspond rarement à une anky-

lose osseuse, mais surtout à la contracture musculaire, à une incongruence complète des surfaces articulaires et à la production de buttoirs ostéophytiques.

Il est à remarquer, comme le signale TAVERNIER, que si, bien souvent, les douleurs accompagnent les troubles orthopédiques, il n'y a pas cependant toujours parallélisme entre ces deux ordres de phénomènes.

Les caractères de ces douleurs sont assez constants, mais c'est surtout leur topographie qui est intéressante à étudier :

1° « La douleur antéro-interne est de beaucoup la plus fréquente et celle dont la manifestation est la plus précoce », affirme TAVERNIER ; nous pouvons ajouter que c'est chez elle où l'intensité est le plus marquée. Cette douleur, dont le maximum se situe à la partie antéro-interne de l'articulation, irradie en général dans tout le domaine du nerf obturateur, quelquefois jusqu'au genou ;

2° Il existe également des douleurs localisées à la face postérieure de la hanche et qui irradient vers la région trochantérienne ;

3° Enfin, la pratique systématique des sections nerveuses portant en avant sur les rameaux articulaires du nerf obturateur et en arrière sur le nerf du carré crural, a permis d'isoler une troisième catégorie de phénomènes douloureux à topographie antéro-externe qui seraient sous la dépendance de filets articulaires issus du nerf crural.

LES LÉSIONS ANATOMIQUES peuvent présenter des degrés divers.

1° Il n'est pas rare qu'elles intéressent simultanément les deux branches, contre-indiquant formellement toute intervention chirurgicale de verrouillage articulaire ;

2° On peut se trouver en présence de sujets dont les lésions anatomiques sont au début, ou au contraire de malades qui présentent déjà des déformations considérables au niveau de leur articulation coxo-fémorale ; les méthodes thérapeutiques et surtout leurs résultats seront évidemment bien différents

selon qu'on envisagera l'une ou l'autre de ces deux catégories de « coxarthriques » ;

3° Nous avons déjà signalé l'importance des lésions associées pour ne pas avoir à y revenir (luxations ou sublaxations congénitales, etc., etc.).

Ces considérations étant faites, on voit déjà l'intérêt que peut présenter une méthode thérapeutique comme celle de TAVERNIER : il paraît, en effet, à priori très séduisant de supprimer, à peu de frais et sans grand traumatisme chirurgical le contingent nerveux sensitif de l'articulation et de faire disparaître du même coup un des éléments les plus constants et les plus gênants de la maladie à tous ses stades évolutifs :
LA DOULEUR.

Cette méthode semble pouvoir bénéficier par surcroît d'indications très larges soit à titre de thérapeutique isolée, soit au titre de traitement d'appoint; nous verrons de plus qu'on peut la considérer comme représentant davantage qu'une méthode thérapeutique symptomatique ; il nous reste, après l'avoir décrite, à discuter ses résultats en les comparant à ceux obtenus par les autres méthodes et à en faire une étude critique à la lueur des faits anatomiques et physiologiques actuellement acquis.

CHAPITRE PREMIER

L'Énervation totale de la Hanche

SA TECHNIQUE

Nous ne voulons pas reprendre ici l'étude historique de la méthode, on la trouvera exposée d'une manière complète dans les thèses de Lyon de LE CAT, en 1939, et de VANNEY, en 1941, ainsi que dans la monographie de TAVERNIER et GODINOT : traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche (MASSON, éditeur, 1945), et dans l'article de PADOVANI (Presse médicale, 20 mars 1947). Disons simplement que c'est CAMITZ, de Gottenberg (Suède), qui publia, en 1933, les premiers résultats de neurotomie obturatrice dans l'arthrite sèche de la hanche, que plus tard MOL se contenta pour énerver la hanche de la section de la branche profonde, que TAVERNIER, grâce aux recherches anatomiques effectuées avec ses élèves TRUCHET et PELLANDA, modifia et compléta en 1934-1935, et en 1942, la technique de l'énervation de la hanche, par la limitation de l'opération en avant aux seuls petits filets articulaires du nerf obturateur et par l'adjonction d'un temps opératoire postérieur pour supprimer la sensibilité articulaire véhiculée par le nerf du carré crural, et qu'enfin plus récemment, PAPIN, COSTE et PADOVANI réglèrent un troisième temps opératoire portant sur les branches articulaires nées du crural.

L'énervation totale de la hanche, dans sa forme dernière, comprend donc trois temps opératoires, un antéro-interne, portant sur le nerf obturateur, un postérieur, portant sur le nerf du jumeau inférieur et du carré crural, et un antéro-externe portant sur le nerf crural.

En général, ces différents temps s'exécutent isolément à la demande des douleurs résiduelles, mais on peut très bien en exécuter deux à la fois, et, bien que cela n'ait encore jamais été réalisé, à notre connaissance, il n'y aurait aucun inconvénient à les pratiquer tous les trois en une seule séance opératoire. Dans le cas évidemment de « Coxarthrie-bilatérale », il y a intérêt à grouper séparément les temps antérieurs et les temps postérieurs qui, eux, s'exécutent en décubitus ventral.

Nous allons décrire la technique de TAVERNIER de la section des filets articulaires de l'obturateur et du carré crural, c'est d'ailleurs celle que suit la majorité des auteurs et qui a été empruntée par MM. MASSABUAU, COURTY, BISCAYE et CABANETTE, dans les deux observations que nous présenterons au cours de ce travail. Nous rapporterons ensuite la technique de COSTE et PADOVANI en ce qui concerne la neurotomie des filets articulaires du nerf crural.

1° ENERVATION OBTURATRICE

L'intervention consiste à sectionner un filet articulaire en général bien individualisé qui naît de la branche profonde du nerf obturateur, le plus souvent après son émergence de l'orifice externe du canal sous-pubien ; plus rarement, ce filet articulaire se détache plus haut de la branche profonde ; quelques fois il peut naître directement du tronc du nerf obturateur dans son trajet intra-pelvien, exceptionnellement, il provient directement du plexus lombaire. Ce n'est que dans certains cas bien précis (contracture des muscles adducteurs très importante ou dispositions anatomiques anormales) que TAVERNIER pratique la section de la branche profonde du nerf obturateur ou la section intra-pelvienne du nerf. L'opération se pratique de la manière suivante :

— Malade en décubitus dorsal, la cuisse en légère abduction, pour tendre le muscle moyen adducteur ; anesthésie générale ou rachidienne.

Incision de 10 à 12 mm se prolongeant vers l'abdomen à 2 mm au-dessus de l'épine du pubis et parallèle au rebord externe du premier adducteur ; la traversée du tissu cellulaire sous-cutané ne rencontre en général aucun obstacle, la veine saphène interne se trouvant en général en dehors. Si le trajet de celle-ci croise trop franchement la ligne d'incision, elle est sectionnée entre deux ligatures. L'aponévrose est sectionnée le long du bord externe du moyen adducteur et il est en général facile de trouver l'interstice qui sépare le moyen adducteur du pectiné. Au fond de cet interstice, se trouve la branche antérieure du nerf obturateur qui est plaqué en bas sur le petit adducteur et en haut sur l'obturateur externe, par une aponévrose en général mince qui la laisse transparaître. En la réclinant avec douceur, en dedans, tandis qu'on écarte en dehors le pectiné, on trouve, en haut, dans la région de l'orifice du canal obturateur, la branche profonde qui disparaît rapidement derrière le bord supérieur du petit adducteur. Afin de pratiquer la section complète de tous les filets articulaires, il faut non seulement sectionner le rameau articulaire principal en général assez nettement visible, mais tous les filets qui s'échappent du bord externe de la branche profonde. Il est bon également « de dénuder très minutieusement l'orifice externe du canal obturateur pour être sûr qu'aucun filet, né plus haut, n'en sort isolément pour se diriger ensuite en dehors ». Si l'on décide de supprimer la branche profonde, il est préférable d'en pratiquer l'arrachement par un roulement sur une pince.

Les plans superficiels sont ensuite reconstitués.

Les suites opératoires sont très simples, le malade peut se lever vers le huitième jour.

2° ENERVATION POSTÉRIEURE

Malade en décubitus ventral.

Incision de 12 % environ parallèle aux fibres du grand fessier, se terminant en bas à la base du grand trochanter et en haut, à deux travers de doigts en dehors de la deuxième apophyse épineuse sacrée. Section de la graisse sous-cutanée épaisse. Les fibres du grand fessier sont dissociées sur toute leur longueur. Les deux berges musculaires écartées, on recherche à la sonde cannelée dans le tissu graisseux qui les masque et en les abordant par le côté externe où il n'y a pas de vaisseaux, les nerfs, grand et petit sciatiques.

Ces nerfs réclinés en dedans, on aperçoit en bas le muscle carré crural et au-dessus le bloc fourni par l'obturateur interne et les deux jumeaux. Après avoir vérifié que de la face antérieure du sciatique ne s'échappent pas des filets nerveux articulaires directs, qu'il faudrait sectionner, on va à la recherche du nerf du carré crural qui se détache de la face antérieure du grand sciatique, en général au niveau de l'émergence de ce gros tronc nerveux, au-dessous du bord inférieur du muscle pyramidal.

C'est donc dans la graisse située au-dessus du muscle jumeau supérieur et en avant du sciatique qu'il faut l'isoler, car il disparaît rapidement derrière le jumeau supérieur ; il a la grosseur d'un catgut n° 2, il faut l'identifier, de plus, par pincement, qui fait contracter le jumeau inférieur et carré crural. Ce nerf est ensuite sectionné.

Le plan musculaire du grand fessier, puis les plans superficiels sont reconstitués après avoir pratiqué une hémostase soigneuse des vaisseaux.

Si le nerf n'était pas trouvé à sa place normale, il faut le rechercher plus en dedans en évitant de blesser les branches de l'artère ischiatique dont l'hémostase serait difficile.

Les suites opératoires sont extrêmement simples ; le dixième jour le malade peut se lever. TAVERNIER signale la possibilité d'hématomes de la fesse si l'hémostase est insuffisante, et de

parésie dans le domaine du sciatique si la réclination du nerf a été trop violente.

TAVERNIER se garde d'apporter une opinion définitive sur sa méthode, n'ayant pas encore de recul suffisant. Il estime que dans quelques cas où des douleurs antro-externes persistent on peut obtenir une amélioration par dissection du nerf crural, qui, si elle ne permet pas de reconnaître de façon certaine des rameaux articulaires, doit suffire à détruire de minces filets nerveux directs qui se rendent du crural à l'articulation.

3° ENERVATION CRURALE

3° PAPIN a pratiqué la section du nerf du pectiné et du nerf musculo-cutané interne.

COSTE et PADOVANI ont cherché à préciser la technique de la section de ces nerfs antérieurs et ont publié les premiers résultats au Congrès d'Aix-les-Bains de 1946.

Voici la *technique de section des branches articulaires issues du nerf crural* telle que la décrivent ces auteurs : « La dissection sur le cadavre et la vérification chirurgicale chez plusieurs malades m'ont confirmé la variabilité de la division des branches du crural.

Néanmoins, il me semble qu'il est possible de pratiquer le temps antérieur crural de la neurotomie articulaire de la hanche de la manière suivante :

L'incision part au niveau de l'arcade crurale à un ou deux centimètres en dehors de l'artère fémorale, elle descend parallèlement à l'axe du membre, sur 10 % environ. On découvre facilement le nerf crural que l'on soulève à l'aide d'une lame de caoutchouc passée au-dessous de lui. En réclinant d'autre part l'arcade crurale avec un écarteur, on recherche le nerf du pectiné qui naît très haut et se dirige en dedans sous l'artère fémorale. Il est facile de le sectionner.

Un peu au-dessous, on découvre la branche pré-vasculaire du

musculo-cutané interne. Elle est coupée également. On poursuit alors la dissection du nerf du quadriceps qui se dirige en bas et en dehors.

On découvre, à 10 % environ de l'épine iliaque, l'artère circonflexe antérieure ou externe qui plonge sous le droit antérieur. C'est à ce niveau que d'une des branches du nerf du quadriceps se détache souvent un rameau qui se dirige en arrière sous l'artère circonflexe. Lorsque ce nerf existe, on vérifie qu'il ne s'agit pas d'un nerf moteur par l'absence de réactions musculaires à son excitation, puis on sectionne.

Compte tenu du caractère des douleurs à type de crampe présentées par beaucoup de malades, il est possible, par cette même incision, de réaliser une sympathectomie sur la fémorale commune. »

Telle est actuellement l'expression la plus complète de l'énervation sensitive de la hanche.

L'étude de ses résultats nous permettra d'envisager d'une part ses indications et, d'autre part, de discuter certains points particuliers susceptibles de nous faire mieux comprendre son mécanisme d'action.

CHAPITRE II

LES RÉSULTATS

Les résultats de l'énervation sensitive de la hanche sont fragmentaires et incomplets. Il ne faut pas dissimuler que nous manquons de recul suffisant pour juger une méthode thérapeutique qui dans sa forme actuelle, la plus complète, n'a été exécutée qu'un petit nombre de fois, par un petit nombre d'auteurs. Il semble néanmoins que la progression et le perfectionnement des techniques opératoires aient amené une amélioration des statistiques.

En ce qui concerne la *neurotomie obturatrice isolée*, les résultats sont les suivants :

Pour TAVERNIER : 82 % de succès immédiats et 18 % d'échecs.

Si on envisage les résultats tardifs : 62 % ont présenté des récédives de leurs douleurs ou ont continué à souffrir. Parmi ceux-ci, 24 % gardent surtout des douleurs postérieures què la section du nerf du carré crural aurait probablement amélioré.

La statistique de la clinique de chirurgie orthopédique de Paris rapportée par PADOVANI est presque identique : la neurotomie obturatrice isolée ne donne que 40 % de résultats favorables.

Si on envisage la *neurotomie obturatrice associée à la résection du nerf du carré crural*, on note une nette amélioration des résultats encore que ceux-ci soient bien récents et trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. TAVERNIER estime à 91 % les bons résultats immédiats, dont 70 % de succès complets en ce qui concerne les douleurs.

Les mouvements articulaires sont très améliorés en raison de la suppression des douleurs. Enfin, fréquemment, il a été constaté une amélioration anatomique des lésions.

Cet auteur réserve très prudemment son opinion en ce qui concerne les résultats éloignés.

PAPIN et LAFARGUE ont eu 100 % de succès sur 10 cas opérés en 1945 et 88 % sur 31 cas opérés en 1946. Il est à préciser néanmoins que, par la suite, ces auteurs n'eurent pas d'aussi bons résultats puisqu'ils améliorèrent la méthode en l'enrichissant de la section du nerf du pectiné et du musculo-cutané interne.

PADOVANI estime que 50 % des échecs de la neurotomie obturatrice sont améliorables dans une large mesure par la section du nerf du carré crural, ce qui porte à 70 % le chiffre global des bons résultats de la méthode de TAVERNIER. Ce chiffre se superpose exactement à celui que ce dernier a obtenu et qui représente pour lui les succès complets de la méthode.

Quant à la neurotomie antérieure, elle a donné à PADOVANI, qui la pratique, selon une technique bien réglée, des améliorations là où les autres techniques avaient échoué. Le petit nombre de malades opérés par lui selon cette technique (9) ne permet pas d'établir un pourcentage, d'autant que dans certains de ces cas la neurotomie antérieure a été pratiquée à l'état isolé ou associée à l'une ou l'autre des autres neurotomies.

Rappelons que TAVERNIER signale également la disparition de douleurs résiduelles chez quelques-uns de ses opérés (temps antéro-interne plus temps postérieur) par l'exécution d'un temps antérieur qui se contente de disséquer le crural de ses branches sur une assez grande longueur, ce qui pour l'auteur revient à sectionner des filets articulaires mal individualisés qui se rendent à l'articulation de la hanche.

Dans les deux observations que nous rappelons plus loin, MM. MASSABUAU, COURTY, BISCAYE et CABANETTE, après opération de TAVERNIER (temps antéro-interne plus temps postérieur) ont eu un résultat excellent et un résultat médiocre. Chez ce second malade, la topographie antéro-externe des douleurs résiduelles permet de penser que l'exécution d'une intervention dirigée sur le crural aurait grandement amélioré l'état définitif.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'énoncé de ces résultats mérite d'être suivi de quelques commentaires :

Notons d'abord que les deux statistiques françaises les plus importantes, celles de TAVERNIER et de PADOVANI tombent complètement d'accord quand elles envisagent les résultats de la neurotomie obturatrice isolée ou les résultats de la double opération de TAVERNIER ; pour cette deuxième opération, il paraît y avoir 30 % d'échecs ou de résultats médiocres. Il serait très intéressant de voir si l'association du 3^e temps opératoire (neurotomie filets du nerf crural) augmente le pourcentage des guérisons. On peut le supposer sans toutefois l'affirmer, cette technique ayant été encore peu employée.

Par ailleurs, si on délaisse maintenant les résultats globaux, un fait nous a frappé à la lecture des observations d'énervation sensitive de la hanche : les trois temps opératoires ont été effectués dans un ordre différent, le chirurgien ayant commencé en général par la neurotomie qui paraissait le plus en rapport avec l'origine des douleurs. Or, cette intervention, dans certains cas, n'a amené qu'un très léger soulagement alors que le succès complet a été obtenu par une neurotomie qui, au premier abord, n'avait pas paru intéressante à pratiquer.

Il semble donc qu'il ne faille pas compter sur la topographie des douleurs et de leur irradiation pour fixer l'ordre des diverses interventions : si celles-ci ne sont pas exécutées en une seule fois, l'opérateur et le malade doivent savoir qu'elles sont toutefois nécessaires avant de juger du résultat final. Cette non-

concordance des douleurs et de leur sédation par neurotomie élective peut avoir plusieurs causes.

Il se peut, d'une part, que les anastomoses des filets sensitifs en provenance des trois grands courants nerveux de la racine de la cuisse soient tellement riches que toute énervation articulaire soit illusoire, tant que toute branche efférente n'est pas sectionnée; il est possible, d'autre part, que la participation des nerfs obturateurs, sciatiques et crural à l'innervation sensitive de la hanche soit différente selon les sujets; le caractère clinique des phénomènes douloureux ne permettant pas à l'avance de se faire une opinion exacte.

Rappelons qu'à la 34^e réunion des anatomistes qui vient de se tenir à Paris et dont les comptes rendus n'ont pas encore paru dans la presse médicale, cette question a été soulevée par différents auteurs. BULLET, de Lille, en particulier, pense que les filets nerveux articulaires les plus importants sont, d'une part, des filets qui proviennent du nerf obturateur accessoire quand il existe (une fois sur dix) et, d'autre part, des rameaux qui se détachent du nerf du carré crural. Le nerf obturateur proprement dit ne participerait que d'une manière inconstante à l'innervation de l'articulation. Or, rappelons que l'obturateur accessoire suit un trajet différent du nerf obturateur puisqu'il passe au-dessus du pubis en dedans de l'éminence ilio pectinée. Quant à sa terminaison, elle est variable : il s'anastomoserait soit avec une branche du nerf crural ou du nerf obturateur, soit par plusieurs filets qui se distribuent au pectiné et à la capsule de l'articulation coxo-fémorale. On voit donc que selon le mode de terminaison de ce petit cordon nerveux, les interventions portant sur le nerf obturateur et sur le nerf crural peuvent être insuffisantes expliquant dans une certaine mesure certains échecs possibles de la triple opération.

MINNE croit, de son côté, que le nerf obturateur donne peu de filets nerveux à la hanche, que ceux-ci quand ils existent naissent surtout dans la cavité pelvienne et que c'est le nerf crural qui véhicule la plus grosse partie de la sensibilité articulaire.

Si l'on se souvient que le nerf crural et le nerf obturateur naissent des mêmes racines (L2, L3, L4) du plexus lombaire et que le nerf obturateur accessoire peut être considéré comme un rameau erratique d'un de ces deux nerfs ou de ces deux nerfs à la fois (BONNIOT), on comprend qu'il puisse y avoir un balancement dans l'apport sensitif fourni par ces troncs nerveux.

Un autre fait nous a frappé à la lecture des résultats de l'énervation totale de la hanche, c'est le pourcentage élevé des récives des douleurs. M. ARNAUD (Marseille) croit que ce sont les névromes de cicatrisation des nerfs sectionnés qui occasionnent la reprise des douleurs, aussi pratique-t-il l'électrocoagulation du nerf au lieu de la section.

Dans une des observations que nous rapportons plus loin, MM. MASSABEAU, COURTY et BISCAYE ont eu chaque fois une disparition des douleurs après infiltration novocaïnique dans la région du canal sous-pubien, chez un malade coxarthrique qui présentait d'importants phénomènes douloureux après section de la branche profonde du nerf obturateur, ce qui semblerait confirmer l'hypothèse émise par M. ARNAUD.

Enfin, et c'est là le point capital de la question, on peut se demander si des énérvations articulaires aussi complètes qu'elles soient, permettront d'obtenir des résultats d'où l'échec sera exclu. La douleur des coxarthriques dépend vraisemblablement d'autres facteurs qui nous sont pour le moment mal connus. Il est probable qu'elle déborde le cadre articulaire trop étroit que nous lui assignons ; il est certain, par ailleurs, que l'innervation sympathique par l'intermédiaire des innombrables voies péri-vasculaires joue un certain rôle, nous n'en voulons pour preuve que le résultat étonnant obtenu par MM. MASSABEAU, COURTY et BISCAYE dans un des cas que nous rapportons : ces auteurs ont obtenu une amélioration considérable des phénomènes douloureux par infiltrations lombaires répétées chez un homme qui avait subi la double opération de TAVERNIER et qui continuait à souffrir.

En définitive, et malgré les restrictions que nous venons de faire, il nous semble que l'énervation totale de la hanche avec

ces trois temps, telle que la conçoit PADOVANI et en lui apportant peut-être une petite modification lors de l'exécution du « temps obturateur » (recherche de l'obturateur accessoire), peut être considérée comme une méthode thérapeutique très intéressante puisque susceptible de donner un pourcentage de succès qui dépasse certainement 60 % pour atteindre 80 % et peut-être davantage.

Si, actuellement, on ne peut juger l'énervation totale ainsi conçue d'une manière définitive, on peut estimer néanmoins que c'est une méthode d'avenir et cela autant pour la hanche que pour d'autres articulations.

CHAPITRE III

INDICATIONS

Dans quelles formes de coxarthrie l'énervation totale est-elle indiquée ? Quels sont les malades qui peuvent bénéficier de cette thérapeutique ? Une réponse est difficile à formuler à en juger par les attitudes diverses qu'adoptent les différents auteurs, selon leur tempérament propre.

Il nous semble néanmoins qu'on peut sérier les problèmes :

1° Il est des cas où la coxarthrie est apparue sur une malformation ancienne (le plus souvent subluxations), la tête est mal appuyée, il faut remédier à ce défaut statique avant d'envisager tout autre thérapeutique ; la butée ostéo-plastique nous paraît indiquée.

2° Il est des formes de coxarthrie dans lesquelles les attitudes vicieuses dominent la scène.

L'attitude en flexion adduction peut être en partie sous la dépendance des phénomènes douloureux et de la contracture des adducteurs (il sera facile de le vérifier en mettant le malade en extension continue, ou en essayant une réduction sous anesthésie générale). L'énervation totale de la hanche est indiquée car elle permettra du même coup de supprimer les douleurs et les attitudes vicieuses. Si c'est une intervention dont on ne peut affirmer absolument le résultat, c'est une opération bénigne qui n'a pas la gravité de l'arthroplastie et le caractère définitif de l'arthrodèse. Elle risque à peu de frais

d'amener une très grosse amélioration, et en cas d'échec elle laisse la porte ouverte aux autres interventions.

Dans le cas où les attitudes vicieuses sont irréductibles, invétérées, on est obligé de recourir aux ostéotomies, principalement à l'ostéotomie sous trochantérienne qui donne d'excellents résultats, ou aux arthroplasties à la demande, allant depuis la simple cheilotomie jusqu'à une réduction modelante avec interposition.

Ce sont là des interventions beaucoup plus importantes mais absolument indispensables en particulier dans le cas d'arthrite bilatérale, où la marche est devenue absolument impossible.

3° Chez le plus grand nombre de coxarthriques, les douleurs constituent le symptôme majeur qu'il soit isolé ou qu'il accompagne la limitation des mouvements de l'articulation.

Contre ces phénomènes douloureux, un grand nombre d'interventions a été tenté depuis le forrage de DUVERNAY jusqu'aux différentes variétés d'arthrodèse en passant par les diverses arthroplasties.

Ces opérations, qui ont des buts très différents, ont une action favorable sur les douleurs, mais il faut le reconnaître, présentent des inconvénients notables.

A toutes d'abord, à part l'arthrodèse, on peut faire le reproche d'avoir une action inconstante, certainement même plus aléatoire que l'énervation totale ; de plus chacune de ces interventions présente de graves inconvénients.

— *Le forrage du col* tel que l'a proposé DUVERNAY est simple, sans gravité, mais trop infidèle pour être utilisé d'une manière courante.

— *Les radicotomies postérieures* telles que les ont tentées KARLEN (de Stockolm), COSTE et PADOVANI, DE SÈZE et GUILLAUME, n'ont pas donné de résultats encourageants à leurs auteurs, car il est difficile de préciser en fait quelles racines doivent être sectionnées.

— *L'arthrodèse*, en raison de l'amélioration de ses techniques, est devenue une opération simple et sûre dans ses résultats, mais

elle ne supprime la douleur qu'au prix d'une mutilation importante : LA PERTE DE TOUTE MOBILITÉ ARTICULAIRE. C'est une méthode très fidèle mais c'est une méthode héroïque qui est contre-indiquée formellement dans les coxarthries bilatérales même pratiquée d'un seul côté, et qui présente le grave désavantage de l'ankylose unilatérale chez des sujets jeunes qui peuvent espérer mieux d'autres thérapeutiques. Récemment encore de nouveaux procédés d'arthrodèse sont venus enrichir les techniques classiques intra-articulaires, extra-articulaires ou mixtes; ce sont les procédés d'arthrodèse par clou ou par vis trans-cervicaux. Ces nouvelles méthodes simplifient la technique mais offrent des résultats moins sûrs et présentent les mêmes inconvénients lorsque l'ankylose recherchée est obtenue.

- Les méthodes artroplastiques n'ont évidemment pas les mêmes défauts, mais sont des opérations intra-articulaires graves dont le résultat est très aléatoire. Une place à part doit être réservée cependant à la cheilotomie qui représente la forme mineure de cette opération, et qui donne des résultats intéressants pour un traumatisme chirurgical minime.

Vis-à-vis de ces méthodes, l'énervation totale se présente avec d'immenses avantages; elle est peu dangereuse et peu mutilante malgré l'obligation d'exécuter deux et trois temps opératoires successifs, elle donne un pourcentage de succès très important supérieur à toutes les autres opérations, sauf peut-être l'arthrodèse lorsqu'elle est bien exécutée; elle est applicable aux personnes âgées qui ne supporteraient pas une grosse intervention et surtout l'immobilisation consécutive que la plupart de ces opérations nécessitent; enfin, elle réserve complètement l'avenir et la possibilité d'intervenir par les autres moyens chirurgicaux.

Il nous semble donc que cette méthode présente un très gros intérêt, tant comme thérapeutique de fond, que comme thérapeutique d'appoint dans le cas où on l'associe à une ostéomie par exemple, nous dirons volontiers avec TAVERNIER : « *l'énervation est l'opération de base, appropriée à presque tous les cas* ».

Il ne faut pas oublier non plus, comme nous l'avons déjà fait remarquer, qu'elle dépasse dans certains cas le but recherché

puisque conçue primitivement avec l'intention physiopathologique modeste de couper une voie sensitive, elle a pu parfois amener une restauration anatomique articulaire intéressante.

Ce fait est d'interprétation difficile ; il est probable que le rodage articulaire physiologique, redevenu possible grâce à la suppression des douleurs, y soit pour quelque chose ; en tout cas, de pareilles constatations paraissent confirmer formellement l'opinion que la douleur représente un phénomène morbide sous la dépendance d'un finalisme à rebours, puisque sa suppression seule suffit à rompre un cercle vicieux générateur d'aggravations anatomiques .

Il reste à soulever un dernier problème : est-ce que l'on peut prévoir le résultat de l'énervation et par conséquent poser une indication d'une manière plus précise, en utilisant auparavant le test de l'infiltration novocaïnique ?

Nous croyons pouvoir répondre par la négative : des infiltrations à résultats spectaculaires ayant été suivies de neurotomies, à résultat médiocre ; l'infiltration pouvant d'ailleurs fournir un très bon résultat lorsqu'elle est pratiquée à nouveau au siège même de la neurotomie inopérante.

Il semble, en définitive, que l'infiltration par son manque d'électivité, représente beaucoup plus qu'une réduction nerveuse, et que par conséquent l'on ne puisse en induire une indication.

C'est regrettable en un certain sens, mais si l'on considère que les succès d'une énervation totale correctement pratiquée doivent être de l'ordre de 80 %, on a moins de scrupules à se passer de ce faux surcroît de précision.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Enervation complète des deux hanches pour coxarthrie. Résultat après 8 mois. MM. MASSABUAU, COURTY, BISCAYE. — Soc. Méd. des Sc. Biol. de Montpellier, 1947.

Il s'agit d'un homme de 42 ans qui a contracté, il y a 14 ans, une syphilis évolutive, traitée cependant correctement et qui, depuis 7 ans, accuse des douleurs de plus en plus importantes au niveau des deux hanches. Plus particulièrement depuis trois ans, ces douleurs sont devenues très vives, elles ont été reconnues comme étant en rapport avec une coxarthrie bilatérale, mais tous les traitements médicaux essayés (R. X., soufre, iode, salicylate) se sont avérés impuissants autant à les calmer qu'à enrayer leur progression.

Le malade, malgré son jeune âge, se trouve dans un service d'incurables et de vieillards, la limitation de ses mouvements est telle qu'il se déplace avec beaucoup de difficulté, ne peut effectuer aucun travail, ni se suffire à lui-même. Les douleurs ont les caractères suivants : topographie surtout antérieure, mais également postérieure, apparaissant au cours des mouvements et de la marche, calmées par le repos. Ces douleurs entravent considérablement les mouvements qui sont déjà fortement limités par des facteurs mécaniques purs. Les clichés radiographiques montrent des déformations considérables des têtes fémorales avec des lésions typiques de coxarthrie d'un stade très avancé.

Des infiltrations novocaïniques à l'émergence sous-pubienne

du nerf obturateur améliorant très nettement le malade pendant plusieurs heures, il est pratiqué l'énervation obturatrice des deux hanches, la section du nerf du carré crural devant être pratiquée dans un deuxième temps si persistent des douleurs postérieures trop importantes.

L'intervention est faite sous rachianesthésie ; on a soin, de chaque côté, d'arracher la branche profonde des deux nerfs obturateurs sur plusieurs centimètres et de disséquer minutieusement le pourtour externe de l'orifice du canal sous-pubien, de manière à ne pas laisser échapper un rameau articulaire séparé anormalement plus haut de la branche profonde. L'opération est très simple, les suites sont bonnes, seulement troublées par une périphlébite passagère de la saphène interne au mollet du côté gauche. Le sujet paraît présenter une amélioration de ses douleurs antérieures, sans toutefois sédation complète ; il accuse, par contre, des douleurs postérieures plus vives, surtout à gauche.

Quarante jours après la première intervention, on pratique en arrière, et des deux côtés, la section du nerf du carré crural et du jumeau inférieur.

L'intervention est encore menée sous rachianesthésie, elle est pratiquée, selon la technique lyonnaise, par dissociation des fibres du grand fessier. Le nerf du carré crural est trouvé difficilement, mais d'une manière certaine, puisqu'on obtient le test de la contraction isolée du muscle du carré crural par pincement du filet nerveux. Ce nerf est en position plus interne que TAVERNIER ne le signale ; il se détache très haut de la face antérieure du sciatique et est entouré d'un tissu cellulaire lâche qui colmate l'espace compris entre le muscle jumeau supérieur et le pourtour osseux de l'échancrure sciatique. Pour le trouver, le nerf sciatique est récliné en dehors et la dissection poussée très haut et très en dedans, au contact même de l'os coxal.

Les suites opératoires sont bonnes ; il faut signaler cependant une poussée du sciatique poplité externe gauche consécutive vraisemblablement à une traction un peu trop prolongée ou un peu trop vive sur le tronc du sciatique.

Les résultats cliniques globaux de ces deux interventions sont les suivants après 8 mois : le sujet a été amélioré tant au point de vue phénomènes douloureux que mobilité articulaire ; aucune modification radiologique nette ne peut être retenue. Mais la sédation des douleurs est loin d'avoir été et d'être présentement complète ; celles-ci persistent, légèrement atténuées cependant, tant à la face antérieure qu'à la face postérieure de l'articulation (ce qui élimine l'éventualité exclusive d'un rameau sensitif venu du nerf crural).

Enfin, alors que tout nerf sensitif articulaire paraît avoir été sectionné, notre malade est grandement amélioré, même actuellement, par des infiltrations novocaïniques pratiquées à l'orifice externe du canal sous-pubien et également par des infiltrations sympathiques lombaires, du reste faites dans un tout autre but, celui d'améliorer le léger steppage consécutif au traumatisme opératoire du sciatique.

OBSERVATION II

Homme de 56 ans dont les antécédents personnels sont particulièrement chargés, les voici résumés :

— A l'âge de 16 ans : crise de *rhumatisme polyarticulaire aigu fébrile*, traitée par le salicylate. Est resté alité pendant un an et demi. Aucune séquelle. Le malade a fait toute la guerre 1914-1918 service armé, sans être malade.

— A l'âge de 28 ans, *blennorragie aiguë* sans évolution chronique.

— A 36 ans, *lésion pulmonaire gauche* de nature indéterminée, sans hémoptysie, avec bacilloscopie négative.

C'est à 51 ans que commencent à apparaître les premiers signes de la maladie actuelle sous forme de douleurs dans le genou et la hanche droite avec amaigrissement considérable consécutif (de 116 passe à 67 kgr.) Le malade est traité par le thorium, le salicylate de soude, la radiothérapie, la cure à Luchon, le soufre, l'iode, la bévitine, sans aucune amélioration.

tion ; au contraire, il constate l'extension progressive de ses douleurs à d'autres articulations (rachis cervical et dorso-lombaire) alors que s'aggravent les douleurs primitives rendant ainsi la marche difficile et très pénible.

Le malade est adressé dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur MASSABUAU par le service des incurables dans le but d'essayer de le soulager par une intervention chirurgicale. A son entrée, il apparaît très amaigri et accuse des douleurs spontanées très vives dans le territoire des nerfs sciatiques, jusqu'au talon, principalement à droite ; il présente de plus des douleurs diffuses au niveau des deux genoux et dans le rachis.

L'examen clinique donne les renseignements suivants :

Appareil locomoteur

— *Hanches* : à droite, déformation légère avec saillie de la région trochantérienne et atrophie musculaire manifeste.

Les articulations coxofémorales ne présentent pas d'empâtement, pas de points douloureux à la pression, pas de craquements à la mobilisation, pas de mouvements anormaux.

Il n'existe pas d'adenopathie inguinale satellite.

Le bassin est légèrement déséquilibré, l'épine iliaque antéro-supérieure droite étant surélevée de ce côté.

Le membre inférieur droit est raccourci de 1 $\frac{1}{2}$ m 5 par rapport au côté G. sur la distance E.I.A.S. — Malléole externe.

L'atrophie musculaire se chiffre à 7 $\frac{1}{2}$ m à la partie moyenne de la cuisse droite par comparaison avec le côté opposé.

Les mouvements articulaires sont modifiés dans leur amplitude.

La flexion dépasse légèrement 90 à G, est un peu moins ample à droite.

L'adduction et l'abduction sont très limitées, particulièrement à droite où l'amplitude maxima de ces deux mouvements combinés ne dépasse pas 25 à 30°.

L'extension est bloquée entièrement à droite, très faible à gauche. La rotation est pratiquement nulle à droite.

— *Genoux* : aspect extérieur normal.

Craquements importants à la mobilisation sans limitation nette des mouvements.

— *Coudes* : à droite, limitation importante de l'extension.

— *Epaules* : mouvements normaux.

— *Rachis* : région cervicale : mouvements limités et douloureux ; région lombaire : points douloureux assez vifs sur les apophyses épineuses de L1 et L2.

Légère scoliose à prédominance lombaire.

— *Articulation temporo-maxillaire* : douleurs quand le malade ouvre la bouche.

Appareil cordo-vasculaire

Petit souffle systolique mésocardiaque.

T. A. : 11,5 — 6.

— *Poumons* : thorax étriqué.

Signes de fibrose pulmonaire avec respiration presque inaudible et quelques râles bronchiques.

— *Foie* : normal.

Léger subictère conjonctival avec injection conjonctivale (éthylisme ? ?).

— *Système nerveux* : Tremblement léger des mains.

Pupilles réagissant bien à la lumière mais un peu irrégulières dans leur contenu.

Examens radiologiques

Rachis : pincement des interlignes à la périphérie — Calcification des ligaments interépineux — ostrophytes nombreux surtout entre D10 et D11.

Sacro-iliaques : interlignes manquant de netteté, production ostéophytiques à l'extrémité inférieure.

Coxo-fémorales à droite : déformation ovulaire de la tête qui vient faire saillie autour du col. Cotyle très ovulaire avec pincement très accusé de l'interligne surtout à sa partie supérieure. Double fond cotyloïdien. Subluxation en dehors de la tête. Calcification très irrégulière avec condensation sur les points d'appui contrastant avec des zones de décalcification anormales.

A gauche : images plus discrètes, mais on retrouve ici la saillie du toit cotyloïdien, la déformation de la tête, l'apparition d'un double fond cotyloïdien et un léger pincement de l'interligne.

Epoules : R. A. S.

Coudes : à droite interligne pincé et ostéophytique.

Poumons : opacités irrégulières parsemées sur les deux champs avec scissure supérieure droite visible. Lésions cicatricielles plus denses localisées au sommet gauche.

Electrocardiogramme : normal.

Examens sérologiques

Hecht — Bauer — Wassermann — Kahn : négatifs.

Vernes — Résorcine = 18 (oct. 1946), 9 (nov. 46), 0 (déc. 46).

Gino-réaction = 0.

Besredka + + + + le 20 nov. 1946, négatif le 27 nov. 1946 (??).

Azotémie : 0,25 gr. par litre.

Calcémie : 100 milligrammes par litre.

Urines : R.A.S.

Bacilloscopie : Flore abondante avec bacilles Gram négatif, cocci grain positif (staphylo) et diplocoques.

Devant l'importance des phénomènes douloureux qui prédominent à la hanche droite, il est pratiqué dans un premier

temps la résection de la branche profonde du nerf obturateur droit. Cette intervention a pour résultat immédiat la disparition des douleurs dans la partie antérieure de l'articulation.

Deux mois plus tard, après test positif de l'infiltration novocaïnique, on intervient par voie postérieure pour sectionner le nerf du carré crural.

L'opération se déroule très simplement, ses résultats sont spectaculaires puisque toute douleur disparaît immédiatement au niveau de la hanche. Cet état se maintient actuellement après 5 mois. On a du reste pratiqué, depuis, l'énervation sensitive du genou droit selon la technique de TAVERNIER avec un excellent résultat.

Notons, en ce qui concerne la hanche droite, la discordance entre le succès complet obtenu vis-à-vis des phénomènes douloureux et l'état inchangé de l'amplitude des mouvements articulaires, ceux-ci paraissant donc limités par l'état anatomique de l'articulation non modifié par l'intervention.

Ces deux observations appellent quelques commentaires succincts en ce qui concerne le chapitre thérapeutique.

Dans la première, la méthode de TAVERNIER n'a permis d'obtenir qu'un résultat très médiocre ; on peut se demander évidemment si l'exécution d'un temps crural ou la vérification d'un obturateur accessoire ne permettraient pas d'améliorer le résultat, mais il est mieux de noter que les infiltrations novocaïniques à l'émergence du canal sous-pubien améliorent considérablement le malade comme si les rameaux articulaires du nerf obturateur n'avaient pas été sectionnés ; peut-être faut-il voir là, selon l'opinion de M. ARNAUD, l'existence d'un névrome au point de section. Un autre fait très curieux est constitué par l'amélioration considérable des douleurs après infiltration du sympathique lombaire correspondant, ce qui permet de supposer que le système sympathique et vaso-

moteur joue un rôle important dans l'éclosion des algies chez les coxarthriques.

Dans la deuxième observation, les résultats immédiats ont été excellents, mais on manque de recul (quatre mois depuis la dernière intervention) pour juger des résultats tardifs autant dans un sens (réapparition des douleurs), que dans l'autre (amélioration des mouvements, rodage des surfaces articulaires et retour vers le mieux radiologique), néanmoins on ne peut se montrer que très satisfait de la méthode utilisée.

CONCLUSIONS

— L'énervation totale de la hanche pour coxarthrie dont le but primitif est d'interrompre les voies sensitives nées de l'articulation permet d'obtenir dans certains cas une amélioration intéressante de l'état anatomique.

— L'énervation totale doit être pratiquée dans sa modalité qui paraît être, actuellement, la plus complète, si l'on veut avoir le maximum de chances de succès. L'association des trois temps opératoires peut d'ailleurs se dérouler dans n'importe quel ordre et ils ne sont quelquefois pas tous nécessaires.

— Les résultats de la triple opération sont difficiles à préciser actuellement, il semble cependant qu'on puisse provisoirement les fixer entre 60 et 80 % ; chaque neurotomie améliorant dans un pourcentage important les échecs possibles des autres. Peu des autres méthodes chirurgicales peuvent faire état de pareils résultats.

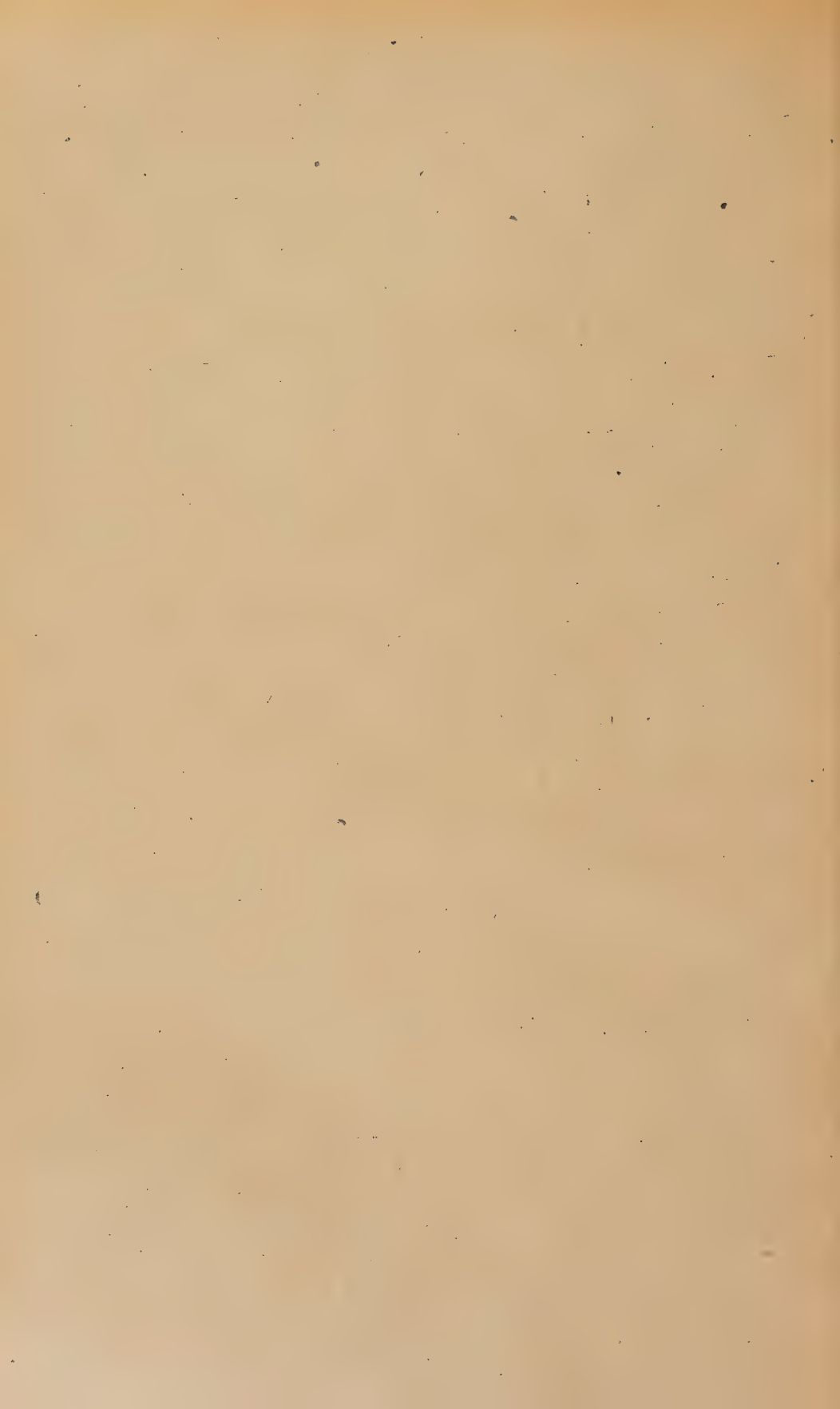
— Les indications de l'énervation totale doivent être très larges.

C'est une intervention peu traumatisante.

C'est une opération « à tout faire » que l'on peut utiliser dans des cas très variés soit à titre isolé, soit à titre de thérapeutique d'appoint.

C'est un moyen thérapeutique qui réserve totalement l'avenir en particulier en ce qui concerne les autres possibilités chirurgicales.

L'inconvénient que représente la succession des divers temps itératifs est largement compensé par la courte immobilisation que chacun nécessite en regard de celle qui est de mise après des opérations complexes comme arthrodèses ou arthroplasties.



BIBLIOGRAPHIE

On trouvera les principales références bibliographiques dans les travaux suivants :

I. TAVERNIER & Ch. GODINOT : *Traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche*. (Masson, édit., 1945).

L. TAVERNIER : *L'énervation sensitive profonde, méthode générale de traitement des arthrites sèches et de certaines algies régionales* (Gazette des Hôpitaux, t. 119, n° 8, 15 avril 1946), M. 161.

A. LE CAT : *La place de la section du nerf obturateur dans le traitement de l'arthrite chronique de la hanche*. (Thèse Lyon, 1939).

P. VANNEY : *La section du nerf obturateur dans les arthrites chroniques de la hanche, ses résultats éloignés*.

M. LUZUY (Blois) : *Traitement de la coxarthrie par section des nerfs sensitifs de l'articulation*. (Rapport M. Padovan. Mémoires Ac. de Chir. : 30 mai 1945).

L. PADOVANI : *Les opérations nerveuses dans la coxarthrie*. (La Semaine des Hôpitaux de Paris, 28 janvier 1946, n° 4.)

F. COSTE & P. PADOVANI : *L'énervation totale de la hanche*. (Archives de rhumatologie, 1945-1946, 6, n° 5).

P. PADOVANI : *L'énervation totale de la hanche*. (Presse Médicale, 29 mars 1947, p. 225).

E. PAPIN : *L'énervation articulaire totale de la hanche, traitement de choix de l'arthrite déformante*. (Revue de rhumatisme, juillet 1946, 13^e année, n° 7).

E. PAPIN, P. LAFARGUE : *Une chirurgie de la douleur. L'énervation sensitive totale de la hanche dans les arthrites chroniques douloureuses*. (Journal de Médecine de Bordeaux, juin 1945).

R. IMBERT & PONCEL : *La néurotomie obturatrice*. (Le Sud Médical et Chirurgical, 30 novembre 1945).

- R. IMBERT & J. PONCEL : *L'infiltration de nerf obturateur. Technique. Indications. Résultats.* (Bull. et mém. de la Soc. F. Chi. de Marseille, mars-avril 1944, P. 119).
- G. MASSAGAUD, A. COURTY, A. BISCAYE : *Enervation complète des deux hanches pour coxarthrie. Résultat après 8 mois.* (Soc. des Sc. Méd. et Bibl. de Montpellier, mars 1947).
- LOISEAU : *Enervation articulaire de la hanche.* (Thèse de Paris, 1946).
- C. LEPOUTRE, L. LANCERON & P. MICHAUX : *Le traitement des arthrites chroniques de la hanche par la section du nerf obturateur.* (Journ. des Sc. Méd. de Lille, t. 62, n° 10, 14 mai 1944).
- A. KARLEN (Stockholm) : *Division de la racine du 4^e nerf lombaire dans le traitement de l'arthrite déformante de la hanche.* (Acta Chirurgica Scandinava, t. 90, gasc. 5 30/12/1944, p. 410-418).
- C. CASUCCIO (Bologne). — *L'arthrodèse de la hanche par vissage.* (Revue d'orthopédie, 1947, p. 78).
- G. CHAPCHAL : *L'arthrodèse de la hanche dans le traitement de l'arthrite déformante unilatérale grave.* (Archiv. für orthopädische, 1941, p. 244).
- LOUTSCH (Luxembourg) : *Traitement des arthrites chroniques de la hanche par l'enclavage.* (Acad. de Chi., 22 mai 1946).
- MASSART : *Les résections partielles de la hanche dans le traitement de l'arthrite chronique.* (Communic. au Congrès Fr. de Chirurgie, oct. 1945).
- E. SORREL : *Arthrite sèche de la hanche. Résection modelante du rebord cotyloïdien.* (Mém. de l'Ac. de Chirurgie, 1^{er} juillet 1942).
- MINNE-BILLET : *Communications à la 34^e réunion des anatomistes, Paris, 1947.* (Non parues dans la presse, dues à l'obligeance du docteur Guerrier).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER. — L'Enervation totale de la hanche..	19
Sa technique	19
1° Enervation obturatrice	20
2° Enervation postérieure	22
3° Enervation crurale	23
CHAPITRE II. — Les résultats	25
Discussion des résultats	27
CHAPITRE III. — Indications	31
OBSERVATIONS	35
Observation I	35
Observation II	37
Appareil locomoteur	38
Appareil cordo-vasculaire	39
Examens radiologiques	39
Examens sérologiques	40
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*CONTRIBÜTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DE LA COXARTHRIE
PAR L'ENERVATION TOTALE DE LA HANCHE*
par JEAN TEULIÈRE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 juin 1947.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 4 juin 1947.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 5 juin 1947.

LE RECTEUR :

Pour le lecteur,

G. GIRAUD.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

